

## 初回相談 問診票（在宅診療）

問診票にご記入をお願いします。患者様、ご家族様等どなたが記入されてもかまいません。分からないこと、答えにくいことなどは記入されなくても大丈夫です。書くことのできる範囲でお答えください。

|           |           |
|-----------|-----------|
| 患 者 様 氏 名 |           |
| 生 年 月 日   | 年 月 日（ 歳） |
| 患者様のご住所   |           |

1 患者様のご病気についてうかがいます。

① ご病気の名前を教えてください。

② ご病気が見つかった経緯を教えてください [ 例 ; ○年、□クリニックで検査し△病院で治療 ]

③ 今、どのような症状がありますか？

④ 生まれてから今までに治療された病気・手術などがありますか？

[ 例 : 2013年9月 虫垂炎 ●病院で切除、70歳 脊柱管狭窄症 ■病院で鎮痛薬 ]

⑤ 患者様のご家族のご病気について教えてください。

[ 例 ; 母 : 80歳肺がんで死去、夫の父 : 認知症で介護中 ]

父 : 母 :

伴侶 : 兄弟 :

その他 :

⑥ 最後に入院していた期間はいつですか？

2 患者様ご本人について教えてください。

- ① ご出身地 [ 例 ; □県、△地方など ]
- ② ご職歴 [ 例 ; 建築関係、主婦など ]
- ③ ご家族 (一緒に住まれている方をご記入ください。)

3 患者様の生活状況について、選択肢に【○】やご記入をお願いします。

- ① 移動 【 自立 要見守り 要介助 杖 歩行器 車いす その他 : 】
- ② トイレ 【 自立 要見守り 要介助 尿器 Pトイレ オムツ その他 : 】
- ③ 食事 【 自立 要見守り 要介助 特別な食事が必要 : その他 : 】
- ④ 入浴 【 自立 要見守り 要介助 湯船は難しい その他 : 】
- ⑤ 物忘れ 【 なし 年齢相応にあり 問題あり : 】
- ⑥ 飲酒歴 【 なし あり 頻度 : 週 日 何を : 量 : コップ 杯】
- ⑦ 喫煙歴 【 歳～ 歳まで 1日 本】
- ⑧ 好きな食べ物 【 [ 例 ; 甘いもの、麺類など ] 】
- ⑨ 嫌いな食べ物 【 [ 例 ; きのこと、魚など ] 】
- ⑩ ご趣味 【 [ 例 ; 歌、仕事が趣味など ] 】

4 患者様は人生の最期の時間をどこでどのように過ごしたいとお考えですか？

【 自宅 緩和ケア病棟 病院 その他 : 】  
理由 :

5 ご家族様は患者様の人生最期の時間をどこで過ごしてほしいとお考えですか？

【 自宅 緩和ケア病棟 病院 その他 : 】  
理由 :

6 ご本人が心配されていることはありますか？

7 ご家族が心配されていることはありますか？

8 在宅診療について、ご希望や伝えたいことがありましたら教えてください。

記入者氏名 (続柄 )

ご記入、ありがとうございました。診療の参考にさせていただきます。